

Ich beantrage die **freiwillige Mitgliedschaft** bei der SKD BKK ab dem _____

Titel		Name		Vorname		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsdatum			Geburtsname, Geburtsort/-land			Familienstand		
Straße mit Hausnummer						Staatsangehörigkeit		
PLZ / Ort						Rentenversicherungsnummer*		
Telefon tagsüber			E-Mail			Lebenslange Krankenversicherungsnummer		

*Soll, sofern Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben, eine beantragt werden? ja nein

Bei welcher/n Krankenkasse/n waren Sie in den letzten 5 Jahren versichert?

(Bitte entsprechende Nachweise/Mitgliedschaftsbescheinigungen beifügen!)

Name und Anschrift		Zeitraum vom _____ bis _____	
Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert			
Name und Anschrift		Zeitraum vom _____ bis _____	
Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert			
Name und Anschrift		Zeitraum vom _____ bis _____	
Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert			
Name und Anschrift		Zeitraum vom _____ bis _____	
Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert			

Grund der freiwilligen Versicherung

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankenkassenwechsel | <input type="checkbox"/> Ausscheiden aus der Versicherungspflicht aus sonstigen Gründen |
| <input type="checkbox"/> Ende der Familienversicherung | <input type="checkbox"/> der Antragsteller ist schwerbehindert i.S.d. SGB IX |
| <input type="checkbox"/> Rückkehr aus dem Ausland | |

Angaben zur ausgeübten Tätigkeit/Personenkreiszugehörigkeit

<input type="checkbox"/> selbständig tätig	seit _____	<input type="checkbox"/> freiberuflich
Wöchentliche Arbeitszeit (in Stunden): _____	Anzahl der Beschäftigten: _____	<input type="checkbox"/> gewerbetreibend (Bitte legen Sie eine Kopie der Gewerbeanmeldung bei)
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)	<input type="checkbox"/> Beamter/in	<input type="checkbox"/> Erwerbslose(r)
<input type="checkbox"/> Rentner(in)	<input type="checkbox"/> Pensionär(in)	<input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann
<input type="checkbox"/> Schüler(in) / Umschüler(in)	<input type="checkbox"/> Student(in)	<input type="checkbox"/> _____

Angaben zum Arbeitgeber (Nur für Beschäftigte!)

Name		Betriebsnummer (bitte beim Arbeitgeber erfragen)	
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort		
Telefonnummer des Arbeitgebers/Betrieb		Faxnummer des Arbeitgebers/Betrieb	

Name: _____ **Vorname:** _____
 (bitte Namen und Vornamen ergänzen, falls nicht vorgedruckt)

KV-Nr.: _____

Einkommensverhältnisse

Meine jährlichen Bruttoeinnahmen liegen über 73.800,00 Euro (2025) und ich beziehe keine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung:

ja (weitere Einkommensangaben entfallen) nein (bitte unteren Abschnitt ausfüllen)

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen (Bitte stets Einkommensnachweise beifügen!)		
	monatlich	jährlich
1. Lohn/Gehalt aus unselbständiger Beschäftigung monatliches Bruttoentgelt (Bitte fügen Sie die letzte Gehaltsabrechnung bei!) Einmalzahlungen (Bitte Nachweis beifügen!) Sonstiger geldwerter Vorteil (Bitte Nachweis beifügen!)		-----

2. Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts) Bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei, ggf. eine Kopie des Bescheides über die Bewilligung von Gründungszuschuss durch die Agentur für Arbeit! (Hinweis: wurde Ihnen Gründungszuschuss bewilligt, geben Sie bitte alle Einnahmen inkl. Gründungszuschuss an, <u>lediglich</u> der zur sozialen Sicherung vorgesehene Teil des Gründungszuschusses in Höhe von monatlich 300 € ist nicht anzugeben).	-----	
3. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (Bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei!)	-----	
4. Einnahmen aus Kapitalvermögen, vermindert um die Werbungskosten aber ohne Abzug des Sparerfreibetrages (Bitte Zinsbestätigung der Bank beifügen!)	-----	
5. Renten (z. B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten) (Bitte aktuelle Bescheide beifügen!)		-----
6. Grundsicherung		-----
7. Brutto-Versorgungsbezüge (z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten), (Bitte aktuelle Bescheide beifügen!)		-----
8. Sozialhilfe (Bitte Bescheid beifügen!)		
9. Abfindung (Bitte Vertrag beifügen!)		
10. sonstige Einnahmen (Bitte Nachweise beifügen!) Art: Art:		
11. Angaben zum Lebensunterhalt: <input type="checkbox"/> meine monatlichen Einnahmen liegen unter 1.178,33 €; mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch _____		

Name: _____ **Vorname:** _____
 (bitte Namen und Vornamen ergänzen, falls nicht vordruckt)

KV-Nr.: _____

Angaben zu den Angehörigen

- Mein Ehepartner/Lebenspartner gem. LPartG ist gesetzlich krankenversichert
- Mein Ehepartner/Lebenspartner gem. LPartG ist **nicht** gesetzlich krankenversichert
 monatliche Einnahmen (brutto)* _____ jährliche Einnahmen (brutto)* _____ €
 €

*** Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise (z.B. den letzten Einkommenssteuerbescheid oder die letzte Gehaltsabrechnung) bei!**

- Ich habe _____ (Anzahl) unterhaltsberechtigter Kinder (nur anzugeben, wenn der Ehepartner/Lebenspartner gem. LPartG nicht gesetzlich versichert ist)

Sollen Familienangehörige in die Familienversicherung aufgenommen werden?

- nein
- ja Bitte senden Sie mir ein entsprechendes Antragsformular zu
 Das Antragsformular habe ich bereits vorliegen bzw. an die SKD BKK geschickt

Angaben zum Pflegeversicherungsbeitrag

(Erläuterung: Kinderlose Mitglieder, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, zahlen einen um 0,60 % erhöhten Pflegeversicherungsbeitrag. Eltern mit mehr als einem Kind unter 25 werden durch Beitragsabschläge finanziell entlastet. Berücksichtigt werden leibliche Kinder, Stiefkinder, Adoptivkinder und Pflegekinder.)

- Ich erziehe kein(e) Kind(er) bzw. habe kein(e) Kind(er) erzogen.
 ► Der Kinderlosenzuschlag ist zu zahlen.
- Ich erziehe (ein) Kind(er) bzw. habe (ein) Kind(er) erzogen.
 ► Der Kinderlosenzuschlag ist nicht zu zahlen.
- Folgendes Kind / folgende Kinder sind noch nicht 25 Jahre alt:
 ► Ab dem zweiten Kind unter 25 Jahren verringert sich der Beitragssatz um jeweils 0,25 Prozentpunkte.

		<input type="checkbox"/> bei SKD BKK versichert <input type="checkbox"/> nicht bei SKD BKK versichert*
Name, Vorname	Geburtsdatum	
		<input type="checkbox"/> bei SKD BKK versichert <input type="checkbox"/> nicht bei SKD BKK versichert*
Name, Vorname	Geburtsdatum	
		<input type="checkbox"/> bei SKD BKK versichert <input type="checkbox"/> nicht bei SKD BKK versichert*
Name, Vorname	Geburtsdatum	
		<input type="checkbox"/> bei SKD BKK versichert <input type="checkbox"/> nicht bei SKD BKK versichert*
Name, Vorname	Geburtsdatum	
		<input type="checkbox"/> bei SKD BKK versichert <input type="checkbox"/> nicht bei SKD BKK versichert*
Name, Vorname	Geburtsdatum	

* Für Kinder, die nicht bei der SKD BKK versichert sind, bitten wir Sie, uns einen Nachweis über die Elterneigenschaft zukommen zu lassen (z.B. Kopie der Geburts- oder Adoptionsurkunde, Auszug aus dem Familienstammbuch, Kopie des Kinder- oder Erziehungsgeldbescheides).

